Nr. 2 (og. zb. 22) Warszawa, marzec 1937 r. Tom VI.

Gastrologja Polska

ORGAN POLSKIEGO TOWARZYSTWA GASTROLOGICZNEGO POŚWIĘCONY CIERPIENIOM PRZEWODU POKARMOWEGO I PRZEMIANY MATERII.

Redakcja: Marszałkowska 73, tel. 8-15-12, od 10 do 11.
Administracja: Marszałkowska 71, Drukarnia „SIŁA", tel. 8.34-48.
Roczna przedpłata za tom (4 zeszyty) **zł. 8.**
Konto czekowe P. K. O. Nr. 17-285.

W A R S Z A W A

1 9 3 6.

Nr. 2 (og. zb. 22) Warszawa, Marzec 1937 r. Tom VI

Gastrologia Polska

Wydawca: Dr. I. Grundzach. **Redaktor: Dr. med. B. Wejnert.**

Przypadek zakażenia dróg żółciowych pasorzytem *Opistorchis felineus.*

(Pokaz na Posiedzeniu Klinicznym Polskiego Tow. Gastrol. w Warszawie dn. 20 stycznia 1937 r.).

Podał
Dr. med. Leon PŁOCKIER.

Chora Ch. G., lat 30, z Pińska zgłosiła się do mnie w październiku ub. r. z tym, że od kilku lat cierpi na bóle w dołku podsercowym, bóle krzyża i w dole brzucha niezależnie od przyjmowania pokarmów, uczucie bardzo silnego odęcia prawie po każdym jedzeniu, silną zgagę, obstrukcję. Od kilku tygodni objawy te znacznie się nasiliły, zwłaszcza od trzech tygodni czuje się znacznie gorzej, miewa często wymioty, mdłości, odbijania, bóle. 7 lat temu rodziła, miesiączkuje normalnie i regularnie; rok temu przechodziła pokrzywkę, poza tym poważnie nigdy nie chorowała. Wywiady rodzinne bez znaczenia.

Badanie przedmiotowe wykazało: stan odżywienia dostateczny, waga 55 kg. Język nieco obłożony, wilgotny, uzębienie prawidłowe, gardziel bez zmian. Narząd krążenia, bez zmian, parcie krwi 110/70 mm. Hg. Płuca bez zmian. Jama brzuszna: brzuch wysklepiony symetrycznie, powłoki brzuszne dość wiotkie, kąt międzyże-

browy zbliżony do prostego. Śledziona nie macalna. Wątroba wystaje na 1,5 palca z pod łuku żebrowego o brzegu ostrym, powierzchni gładkiej, konsystencji nieco wzmożonej, wybitnie bolesna na wszystkie kategorie podrażnień, zwłaszcza w okolicy worka żółciowego. Nieznaczna bolesność uciskowa w prawym dole biodrowym. Poza tym bez zmian patologicznych. Układ nerwowy nie wykazuje zmian ośrodkowych lub na obwodzie. Mocz: białka, cukru nie zawiera, urobilinogen znacznie zwiększony.

Badania dodatkowe wykazały:

Krew: Hb. 72%, Erytrocyty 4.340.000, Leuko. — 6.400, Wskaźnik — 0,83. Wzór białych ciałek: Ba. — 0, Eo — 4%, My — 0, Me — 0, Pał. — 5%, Seg. — 65%, Ly. — 25%, Mo. — 1%.

Czas opadania czerwonych krwinek: 3 godz. 55 minut (wdłg. L i n z e n m e i e r a).

Odczyn W a s s e r m a n n a, odczyn citocholowy ujemne.

Badanie kału: sformowany, ciemno-brunatny, słabo zasadowy, krew utajona nieobecna. Drobnowidowo: resztki pokarmu roślinnego, igły kw. tłuszcz., detryt., Lugol: —, Sudan III: —; Jajeczek pasorzytów ani metodą zwykłą, ani też metodą T e l e m a n n a nie stwierdzono.

Badanie frakcjonowane zawartości żołądka na czczo i po śniadaniu kofeinowym wykazało jako jedyne odchylenie od normy, nieco wzmożone wydzielanie.

Zgłębnikowanie dwunastnicy dało wynik zgoła przeze mnie nieoczekiwany: Żółć A — złocisto-żółta, słabo zasadowa, przejrzysta. — Badana drobnowidowo po odwirowaniu zawiera nieliczne rozsiane leukocyty, nieliczne pasemka śluzu.

Żółć B (otrzymana po podaniu przez zgłębnik 40 cm ogrzanej oliwy) ciemno-brunatna, zasadowa, przejrzysta. Badana drobnowidowo po odwirowaniu zawiera dość liczne tafelki cholesteryny, pojedyńcze i w zlepach oraz bardzo liczne jajeczka pasorzytów o bardzo charakterystycznej postaci po kilkanaście w każdym polu widzenia. Nieliczne pasemka śluzu, nieliczne rozsiane leukocyty.

Jajeczka takie widziałem po raz pierwszy i zidentyfikowanie ich nastręczało mi dużo trudności. Dzięki uprzejmości p. doc. A n i g s t e i n a, któremu w tym miejscu uprzejmie dziękuję, zdo-

łaliśmy skwalifikować owe jajeczka jako jajeczka *Opistorchis felineus*, przywry pasorzytującej w drogach żółciowych kota domowego, niekiedy psa i człowieka.

Zaraz tutaj chcę zaznaczyć i podkreślić, że obecność opisanych jajeczek nie była przypadkową lub spowodowaną zanieczyszczeniem z zewnątrz, gdyż powtórne zgłębnikowanie dwunastnicy chorej po 6 tygodniach dało wynik identyczny.

Wielka ilość jajeczek w żółci jako wyraz obecności pasorzyta w drogach żółciowych przy jednoczesnych objawach ich schorzenia uprawnia nas do przyczynowego powiązania obu faktów i rozpoznania zakażenia dróg żółciowych pasorzytem *Opistorchis felineus*, t. zw. *Opistorchiasis*, analogicznie do rozpoznawania *Lambliasis* na zasadzie obecności lamblii w żółci.

Badania rentgenologiczne wykazały normalny obraz żołądka i dwunastnicy, cholecystografia zaś bardzo słabo ale jednolicie nasycony cień worka żółciowego.

Zastanawiającym jest brak jajeczek w kale (trzykrotne badania kału metodą Telemanna) przy tak dużej ich ilości w żółci.

Opistorchis felineus należy do przywr *(Trematodes)* do rodziny *Distomum;* jest to robak płaski, różowy, o konsystencji galaretowatej, jednym biegunie węższym, drugim zaokrąglonym, długości około 8—10 mm, szerokości 1,5—2 mm. Jejeczka składane w dużych ilościach mają kształt owalny, z jednej strony nieco spłaszczone, jeden biegun nieco okrąglejszy, drugi węższy. Wielkość jajeczek 20—30 mikronów długości, 11 mikronów szerokości. W obrębie węższego bieguna można wyraźnie rozróżnić przykrywkę (p. mikrofotografia).

Opisany początkowo przez Riwoltę jako robak pasorzytujący w drogach żółciowych kota, wykryty został po raz pierwszy u człowieka przez Winogradowa w roku 1892 w Tomsku w 9 przypadkach sekcyjnych. Aczkolwiek w żadnym z tych przypadków zejście śmiertelne nie było spowodowane obecnością pasorzytów, tym niemniej w każdym z przypadków stwierdzono mniej lub więcej rozległe zmiany patologiczne dróg żółciowych zarówno wewnątrz jak i zewnątrz wątrobowych. Winogradow, który po raz pierwszy zetknął się z tym pasorzytem, nazwał go *Distomun sibiricum.*

Wkrótce po ogłoszeniu pracy Winogradowa Braun w Królewcu uznał opisane przez Winogradowa pasorzyty, jako identyczne z tymi, które często znajdywał u kotów z nad zatoki Kurońskiej (Prusy Wschodnie), mianowicie z *Opistorchis felineus* (Riv.). Wypowiedział on wówczas już (r. 1894) przypuszczenie, że tak często u kotów tej miejscowości spotykany robak może pasorzytować i u człowieka.

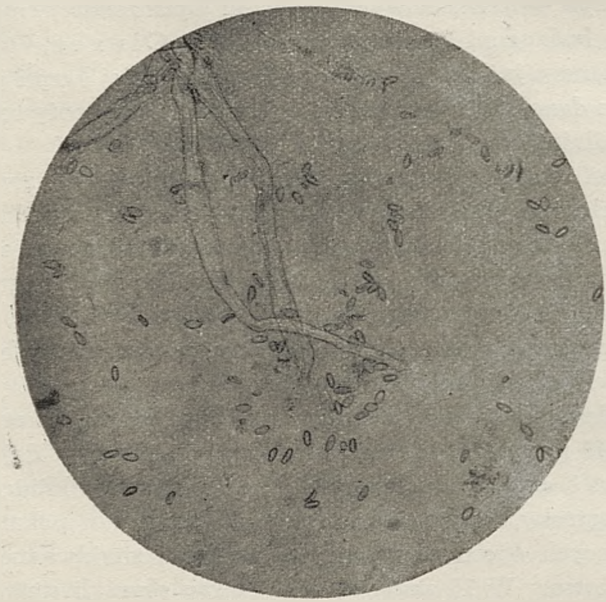


Rys. 1.
Jajeczka Opist. felin. Leitz Oc. 3. Obj. 7.

Słuszność tego przypuszczenia stwierdzili Askanazy i Rindfleisch w roku 1904, obserwując wśród chorych wewnętrznej kliniki Królewieckiej w ciągu 10 lat nie mniej niż 40 przypadków *Opistorchiasis*. Byli to wyłącznie mieszkańcy z nad zatoki Kurońskiej — rybacy.

Sprawa rozwoju pasorzyta, kwestia przejściowego i głównego żywiciela były nieznane i zostały wyjaśnione dzięki bardzo skrupulatnym i długotrwałym pracom Askanazego i Rindfleischa. Fakt, że prawie u wszystkich zakażonych *Opistorchis*

felineus stwierdzano również jajeczka *Dibotriocephalus latus,* oraz okoliczność, że wszyscy chorzy pochodzili z tej samej miejscowości, której ludność zajmuje się rybołóstwem i gdzie rozpowszechnione jest spożywanie surowych, nawpół surowych lub wędzonych ryb, skierowało podejrzenie badaczy na ryby jako na źródło zakażenia. Skrupulatne i dokładne badania Askanazego wykryły rzeczywiście w mięsie i w tkance podskórnej niektórych gatunków ryb, zwłaszcza linów **(Tinca vulgaris)** obecność cerkarii pasorzyta.



Rys. 2.
Jajeczka Opist. felin. Leitz Oc. 3. Obj. 3.

Karmieniem zakażonymi linami młodych psów i kotów udawało się regularnie zakażać te zwierzęta, a skrupulatne badania wykonywane co pewien czas od chwili zakażenia ustaliły, że już w trzy godziny po nakarmieniu zakażonymi rybami cerkaria dostawały się do worka żółciowego zakażonych zwierząt; w 12 dni dojrzewały płciowo, a poczynając od 30 dnia robaki składały duże ilości jajeczek. Te ostatnie zawierają embriony, które w przewodzie pokarmowym pewnego rodzaju ślimaka *(Limnaeus stagnalis)* wydostają

się z jajeczek i wraz z ślimakiem, którym karmią się ryby, zostają przez nie pochłonięte.

Resztki skorupki tego ślimaka znajdywano bardzo często w przewodzie pokarmowym zakażonych linów. A więc według prac Askanazego i Rindfleischa cykl rozwoju omawianego przez nas pasorzyta jest następujący:

Ślimak *(Limnaeus stagnalis)*, pewne gatunki ryb — żywiciele przejściowi, kot, niekiedy pies i człowiek — żywiciele główni.

Stwierdzone przez Askanazego i Rindfleischa gatunki ryb — przejściowych żywicieli *Opistorchis felineus*, uzupełnione badaniami rumuńskiego badacza Ciurea, są: oprócz wspomnianego już lina, rumienica, leszcz, rzadziej karp i jaź. Przytaczam te dane, gdyż wszystkie te gatunki ryb są spożywane u nas w dużej ilości.

Jeżeli chodzi o zmiany anatomo-patologiczne, stwierdzane u chorych na *Opistorchiasis*, to opis tych zmian podany przez Winogradowa pokrywa się z opisem Askanazego. Są to rozszerzone drogi żółciowe o zapalnie zmienionych i zgrubiałych ściankach, niekiedy ogniska zapalne miąższu wątroby, niekiedy zmiany wsteczne. Pasorzyty znajdują się w rozszerzonych drogach żółciowych w ilości od kilku do kilkuset i więcej.

Podany przez Rindfleischa materiał obserwacyjny, dotyczący 40 przypadków, pod względem objawowym daje się podzielić na 3 grupy: 25 przypadków bez objawów klinicznych ze strony wątroby, dróg żółciowych lub przewodu pokarmowego, zdradzających obecność pasorzyta. Jajeczka znajdywano w kale przypadkowo. W 10 przypadkach chorzy skarżyli się na bóle w okolicy wątroby i w dołku podsercowym oraz objawy dyspeptyczne. Obiektywnie stwierdzono powiększenie i bolesność uciskową wątroby oraz wzmożenie jej konsystencji. I wreszcie w 5 przypadkach sekcyjnych wątroba względnie drogi żółciowe wykazały obecność zmian nowotworowych, w tym 4 przypadki guzów pierwotnych. Jak widzimy, obecność pasorzyta jest ważnym momentem etiologicznym w całym szeregu przypadków i może niejednokrotnie odgrywa rolę w przypadkach przewlekłych schorzeń dróg żółciowych, uporczywych i opornych na leczenie. Jeżeli się zważy, że źródłem zakażenia są tak rozpowszechnione gatunki ryb jak lin, leszcz, jaź, karp, spożywane i u nas w bardzo pokaźnej ilości, to

nasuwa się myśl, czy niejeden z uporczywych nie poddających się zwykłemu leczeniu przypadków przewlekłych schorzeń dróg żółciowych nie jest spowodowany właśnie obecnością w nich pasorzyta.

Oczywiście, wyjaśnienie w każdym poszczególnym przypadku może dać tylko skrupulatne badanie kliniczne, w pierwszej linii badanie drobnowidowe żółci, otrzymanej drogą zgłębnikowania dwunastnicy, oraz badanie kału. Jasne jest, że decydującym jest wynik badania żółci. W naszym przypadku znajdywaliśmy jajeczka wyłącznie w żółci, w kale zaś nie mogliśmy stwierdzić ich obecności.

Jakkolwiek na ogół zarówno w moim jak i w większości opisanych przez Rindfleischa przypadkach obraz kliniczny odpowiada obrazowi niepowikłanego nieżytu dróg żółciowych, tym niemniej znane są przypadki o bardzo ciężkim przebiegu z zejściem śmiertelnym, tak 5 przypadków Rindfleischa i Askanazego, w których stwierdzono nowotwory złośliwe, włg autorów prawdopodobnie przyczynowo zależne od obecności dużej ilości pasorzytów. Przypadki Boströma, Birmera, Glulińskiego *(Anaemia perniciosa distomiatica).*

Rokowanie włg Rindfleischa zależy od ilości robaków pasorzytujących w drogach żółciowych i od częstości zakażeń.

Próby zadziałania chemoterapeutycznego na *Opistorchis felineus* były podejmowane w ostatnim dziesięcioleciu przez różnych autorów głównie w Azji Wschodniej, gdzie rozpowszechnione jest zakażenie zarówno *Opistorchis felineus*, jak i blisko mu pokrewnym robakiem *Clonorchis sinensis*. Próbowano wstrzykiwań dożylnych *tartati emetici,* neostibinalu, merkurochromu, próbowano też emetynę, jednak wyniki były wątpliwe.

Stosunkowo najlepsze wyniki osiągnął Faust podawaniem doustnym violetu gentiany w ilości 0,33 g na kg wagi, przy czym osiągał rezultat 50—100%.

Doświadczenia Fausta nie zostały potwierdzone przez innych autorów. W ostatnich czasach (1931) Szidat i Erhardt zastosowali podskórnie w ilości 0,4 cm^3 na kg wagi preparat antymonowy — fuadin z tak dobrym wynikiem, że uważają fuadin za specyfik przeciwko *Opistorchiasis.*

Ze względów technicznych mogę dopiero teraz rozpocząć stosowanie tego preparatu w moim przypadku.

Pozwoliłem sobie zademonstrować ten przypadek, gdyż, o ile mogłem stwierdzić w dostępnych mi źródłach, przypadki zakażenia dróg żółciowych *Opistorchis felineus* nie są dotychczas opisane w piśmiennictwie polskim, poza tym chciałbym zwrócić uwagę na możliwość tych zakażeń i u nas wobec spożywania dużych ilości ryb z gatunków, które mogą być źródłem zakażenia, oraz na niezmiernie ważne znaczenie zgłębnikowania dwunastnicy i badania żółci dla diagnostyki wszelkich, nawet zdawałoby się, banalnych schorzeń dróg żółciowych.

PIŚMIENNICTWO.

Askanazy: D. med. W. 1904. — Braun-Seifert: Die tierischen Parasiten d. Menschen. T. I. — Gluziński: W. Kl. W. 1909. — Jiro Inoye: Arch. f. Verd. krkh. 1903.—Rindfleisch D. med. W. 1904.—Rindfleisch D. Archiv f. Klin. Med. Bd. 33. — Szidat u. Erhardt: D. med. W. 1931.

Z Łódzkiego Tow. Zwalczania Raka.

Przypadek raka żołądka u 15-letniej dziewczynki.

Podał
Dr. med. Józef MARZYŃSKI.

Jako przyczynek do występowania nowotworów złośliwych u osobników młodych podaję spostrzeżenie następujące:

Janina K., ur. w styczniu 1921 roku, córka zdrowych rodziców, nie obarczona dziedzicznie, zachorowała na żołądek w styczniu 1936 r. z objawami braku łaknienia, ściskania po jedzeniu, palenia, mdłości i wymiotów. Objawy te występowały po każdym jedzeniu w mniejszym lub większym natężeniu. Dolegliwości nie stanowiły jednak przeszkody do nauki, dziewczynka chodziła do szkoły, dostała promocję i była zakwalifikowana jako zdrowa do wyjazdu na obóz harcerski. Na obóz nie pojechała, ponieważ matka zauważyła, że córka chudnie i słabnie. W lipcu nastąpiło pogorszenie stanu zdrowia.

Dr. Meyer w Pabianicach, który badał chorą w sierpniu, stwierdził pod łukiem żebrowym guz. Badanie rentgenowskie, dokonane przez d-ra Mandeltorta w Pabianicach, wykazało: zniekształcenie okolicy odźwiernikowej żołądka, odźwiernik przesunięty ku górze tworzy sztywną rurę grubości małego palca, długości około 3 cm., dalszy odcinek części odźwiernikowej przedstawia się w postaci wąskiego pasma, przez które przechodzi masa kontrastowa cienkim strumieniem. Dwunastnica w tej okolicy zmian nie wykazuje. Żołądek opróżnia się z trudem, na czczo zalega w żołądku duża ilość płynu. Badanie zawartości żołądkowej po śniadaniu próbnym wykazuje: brak kwasu solnego, nieobecność kwasu mlekowego, nieobecność krwi. Wassermann — ujem-

ny, mocz — normalny. Badanie narządów krążenia i narządów oddechania uchyleń od normy nie wykazuje. Przy badaniu jamy brzusznej wyczuwa się guz wielkości dużego jabłka, nieruchomy, niebolesny, pod łukiem żebrowym lewym. Z rozpoznaniem guza żołądka i wskazaniem do rękoczynu skierowałem chorą do szpitala „Betleem“.

W dniu 15.IX.1936 r. dokonał dr. Speidel rozcięcia brzucha i stwierdził w okolicy odźwiernika twardy guz, wielkości dużej pięści, zajmujący krzywiznę dużą i małą oraz zrośnięty z trzustką. Na sieci i krezce liczne przerzuty wielkości ziarna grochu. Na jelicie cienkim powiększone gruczoły. Dokonano resekcji sposobem Bilrotha.

Guz badał histopatologicznie dr. Ściesiński (Łódź). Wynik badania: *Carcinoma fibrosum* ze znacznym przerostem mięśniówki. W gruczołach chłonnych i na krzywiźnie żołądka przerzuty rakowe, głównie w zatokach brzeżnych.

Przebieg pooperacyjny był pomyślny, po 2-ch tygodniach operowana opuściła szpital. Nie odczuwała żadnych dolegliwości, odzyskała apetyt, sen i dobre samopoczucie. W ciągu 2-ch miesięcy następnych przybrała na wadze 10 kg (wrzesień — 34 kg, grudzień — 44 kg).

Dobry stan zdrowia trwał do stycznia 1937 r. Wkrótce po Nowym Roku zmniejszyło się łaknienie i wystąpiły wymioty po posiłkach nieco obfitszych. W lutym chora zmarła.

Usprawiedliwieniem do ogłoszenia powyższego przypadku jest okoliczność, że rak u osoby 15-letniej jest zjawiskiem na ogół nader rzadkim, w szczególności umiejscowiony w żołądku. Zdarzają się wprawdzie raki u niemowląt i u dzieci, jednak przypadki raka żołądka w tym okresie życia są niezwykle rzadkie. Unikając powtarzań, przytaczam poniżej źródła, upoważniające mnie do powyższego wniosku.

Z nieogłoszonego dotychczas materiału Łódzkiego Tow. Zwalczania Raka podaję następujące dane, dotyczące wieku chorych spostrzeganych w Instytucie Leczenia Radem w okresie od 1927 do 1937 r.

Raka stwierdzono u 1941 chorych, z tych 40 osób było w wieku do lat 20 (p. tablica). Wśród tych chorych tylko jedna (przypadek wyżej opisany) była dotknięta rakiem żołądka.

Umiejscowienie	skóra	oko	nos i nosogardz.	szczęka	język	podniebienie	gruczoły	sutek	żołądek	otrzewna	jajniki	kościec	mózg	razem
Wiek chorych:														
od 0 do 5	1	2	—	—	1	—	—	—	—	1	—	—	1	6
„ 6 „ 10	—	—	1	4	—	—	—	—	—	—	—	1	—	6
„ 11 „ 15	2	1	1	1	—	1	—	—	1	1	—	2	1	11
„ 16 „ 20	2	—	—	2	—	—	3	2	—	—	1	4	3	17
	5	3	2	7	1	1	3	2	1	2	1	7	5	40
Płeć chorych:														
mężczyzn	2	2	2	3	1	1	2	—	—	—	—	4	2	19
kobiet . .	3	1	—	4	—	—	1	2	1	2	1	3	3	21
	5	3	2	7	1	1	3	2	1	2	1	7	5	40

PIŚMIENNICTWO.

Dr. J. Maybaum-Marzyński: Czasopismo Lekarskie. Rok 1907, tom IX, zeszyt 6, 7 i 8, str. 270. — Le Noir i Agasse-Lafont: Nouveau Traite de Medecine, Roger, Widal, Teissier, t. XIII, r. 1923, str. 421. — J. W. Shuman: Journ. Amer. Med. Assoc., t. 86, Nr. 15 str. 1127 (ref. w Zentr. Chir. 1926 r., str. 2889). — G. B. Eustermann i W. H. Bulermann: Journ. Amer. Med. Assoc., t. 88, Nr. 5, str. 295 (ref. w Zentr. Chir. 1927). — G. I. Gasparin: Zentr. f. Chirurgie, 1927, str. 2358 (Zjazd rosyjskich chirurgów w Leningradzie dn. 24.V.1927 r.). — Roussy: Nouveau Traite de Medecine, t. V, r. 1929, str. 735. — H. Finsterer: Arch. f. Klin. Chirurgie, 1930 r., t. 159, str. 30. — Morian: Arch. Klin. Chirurgie, 1931 r., t. 164, str. 329. — Häberlin — cytowany przez Moriana. — Anschütz-Konjetzny: Dtsch. Cir., t. 1, str. 46 (cytow. przez Moriana). — Oberniedermever-Stahnke: Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, t. 214 (cytowane przez Moriana). — G. Wolff: Zeitschr. f. Krebsforschung, 1933 r., t. 38, str. 409.

Przewód pokarmowy, jako układ narządów przejmujący częściowo czynności nerek. *)

Podał
Dr. med. Alfred GALEWSKI.

Jednym z niezwykle ciekawych działów nauk biologicznych jest fizjologia porównawcza ustrojów zwierzęcych oraz poszczególnych narządów. Jedną zaś z najważniejszych gałęzi tej dziedziny jest fizjologia porównawcza narządów wydzielniczych — układu moczowego i przewodu pokarmowego.

U niektórych zwierząt niższych, np. owadów, narządy wydalające, t. zw. cewki Malphigiego, mają swe ujście w jelicie, gdzie są wydalane wszystkie substancje azotowe, jak mocznik, kwas moczowy i t. p. U zwierząt wyższych układ moczowy stanowi odrębny narząd, niekomunikujący się absolutnie z przewodem pokarmowym. Istnieją dane dowodzące, że w pewnych warunkach poszczególne odcinki przewodu pokarmowego, jak gruczoły ślinowe, żołądkowe, wątroba i jelito cienkie, pełnią rolę zastępczą czynności nerek.

Dotychczas nie straciły prawie nic ze swej aktualności słowa, wypowiedziane w r. 1867 przez Romelaera, że zmniejszenie się wydzielania moczu, jeżeli przyroda nie przewidziała dodatkowego sposobu wydalania odpadków białkowych, hamuje przemianę substancji azotowych w całym ustroju.

Na zastępczą funkcję nerek zwracano uwagę już dawniej. Leube znalazł w pocie chorych na mocznicę 4 g mocznika i 2 g azotu resztkowego na dobę. Substancje azotowe wydzielają się

*) Odczyt wygłoszony na posiedzeniu naukowym Polskiego Tow. Gastrologicznego w dniu 24 lutego 1937 r.

z ustroju także i drogą gruczołów wydzielniczych przewodu pokarmowego.

Po kolei omówię poszczególne odcinki przewodu pokarmowego.

Ślina.

Zawartość mocznika w ślinie jest mniej więcej taka sama, jak w surowicy krwi. W ślinie chorych mocznicowych znajdywano stężenie azotu resztkowego 5—10-krotnie większe, niż w normie; liczba ta jednakże nigdy nie przekraczała poziomu azotu resztkowego we krwi. Obecność zaś zwiększonej ilości mocznika w ślinie pozostaje w ścisłej zależności od szybkości i łatwości dyfuzji mocznika poprzez błony przepuszczalne. Stężenie chlorków w ślinie wynosi 0,3%, w nerczycy ilość chlorków w ślinie zmniejsza się do 0,13—0,18% równolegle z moczem; gdy obrzęki znikają, ilość chlorków w ślinie wzrasta.

Sok żołądkowy.

Drugim narządem, mającym zastępować czynności nerek, jest żołądek.

Bongers wykazał pierwszy, iż po wstrzyknięciu dożylnym salicylu, w żołądku zabitego psa znajdywano wyraźne ślady kwasu salicylowego.

Zastępczej funkcji nerek dowodzi fakt, iż po podaniu dożylnym związków bromowych, ściana żołądka, zamiast wydzielać kwas solny — wydzielała kwas bromowodorowy.

Lipschütz podwiązywał odźwiernik, oddzielając w ten sposób żołądek od dalszego odcinka przewodu pokarmowego, wstrzykiwał psom dożylnie cukier, kwas salicylowy i jod, po pewnym czasie znajdował wyraźne ślady wstrzykiwanych substancji w soku żołądkowym.

Niezwykle ciekawego doświadczenia dokonał tenże autor, powodując wzmożony poziom cukru we krwi na drodze endogennej przy pomocy adrenaliny; okazało się, że cukier pokazywał się nie tylko w moczu, ale także i w soku żołądkowym, przy czym dla cukru próg żołądkowy był większy, aniżeli próg nerkowy.

Badania Steinitza wykazują, że w stanach mocznicowych poziom azotu resztkowego we krwi może być normalny, a w soku żołądkowym podwyższony, autor znalazł bowiem liczby w so-

ku żołądkowym 43 mg% i 46 mg%, podczas gdy we krwi wynosiły 41 i 42 mg%. W normie ilość mocznika w soku żołądkowym wynosi około 0,2‰.

Soetber stwierdził u zwierząt, którym wycięto nerki, ciągły sokotok żołądkowy o prawidłowej kwasocie ogólnej i prawidłowej zawartości chlorków, ale ze zdwojoną ilością azotu resztkowego, przy czym stężenie amoniaku było ośmiokrotnie większe, niż w normie. Ilość chlorków w zawartości żołądkowej mniejszym ulega wahaniom, niż stężenie kwasu solnego. Jest rzeczą ciekawą, że w przypadkach braku kwasu solnego w zawartości żołądkowej może jednak być duża ilość chlorków. Zawartość całkowita chlorków nie zależy zupełnie od wydzielania kwasu solnego przez gruczoły żołądka.

Kalk stwierdził, że w przypadkach raka żołądka ilość chlorków wynosi 60 mg% (norma 90 mg%), stąd wniosek, że ściana żołądka wydziela jeszcze chlorki wówczas, gdy zupełnie nie jest w stanie wydzielić kwasu solnego.

W schorzeniach nerek, połączonych z azocicą, wydzielanie chlorków przez śluzówkę żołądka odchyleń od normy nie wykazuje, przy czym kwasota żołądka może być wysoka.

Natomiast w nerczycach z obrzękami, obok zmniejszonej kwasoty żołądka, stwierdza się zmniejszoną ilość chlorków w żołądku (10—40 mg%).

Wydzielanie chlorków w soku żołądkowym wzrasta, o ile obrzęki znikają, zwiększona zawartość chlorków w zawartości żołądka powstaje także skutkiem przyczyn miejscowych, mianowicie z powodu puchliny brzusznej, spowodowanej marskością zanikową wątroby, przy normalnej zawartości chlorków w moczu. Oprócz mocznika i chlorków ściana żołądka przepuszcza kwas moczowy.

Kilka lat temu w I klinice U. W. J. P. wykazałem obecność kwasu moczowego w soku żołądkowym, ilość jego w warunkach prawidłowych wynosiła około 1 mg%. Do tych samych wyników doszedł Lucke. W przypadkach, w których zwiększał się poziom kwasu moczowego we krwi, przeważnie zwiększał się także poziom jego w soku żołądkowym, jednakże nigdy nie przewyższał poziomu we krwi.

W nadkwaśności ilość kwasu moczowego w soku ulegała zmniejszeniu, pozostaje to niezawodnie w nader ścisłym związku

ze złą rozpuszczalnością kwasu moczowego w środowisku kwaśnym. W wybitnej niedokwaśności żołądka, połączonej zwłaszcza z nieżytem, stężenie kwasu moczowego w żołądku również było minimalne.

Jak widać z powyższych danych, czynność zastępcza żołądka w stanach azocicowych jest wyraźna.

Trzecim czynnikiem, zastępującym funkcje nerek, jest sok dwunastniczy.

Sok dwunastniczy.

Żółć dwunastnicza jest mieszaniną różnych wydzielin, jak żółci wątrobowej, soku żołądkowego, wydzieliny dwunastnicy i trzustki, nic też dziwnego, że skład jej nie może być utożsamiany ze składem żółci wątrobowej.

W warunkach prawidłowych z żółcią dwunastniczą na dobę wydziela się 0,4—0,5 g mocznika i 0,7 g azotu resztkowego, ilość mocznika w żółci A wynosi 0,3%.

Porcja B zawiera w warunkach prawidłowych więcej mocznika i azotu resztkowego, ale nie dziesięciokrotnie, jak tego można było się spodziewać.

W stanach mocznicowych zawartość dwunastnicza zawiera przeciętnie czterokrotnie większą ilość azotu pozabiałkowego i mocznika, niż w normie, ilości te dochodzą do 4—5 g na dobę. Ma to bezsprzecznie duże znaczenie dla ustroju, dotkniętego azocicą, w następstwie niedomogi wydzielniczej nerek.

Porcja B w stanach mocznicowych zawiera również więcej mocznika i azotu resztkowego, ale mniej w porównaniu ze stężeniem barwików żółciowych.

Wątroba.

Szereg rozważań, opartych na spostrzeżeniach różnych autorów, skłania do przypuszczenia, że większa część związków azotowych zostaje wydzielona przez wątrobę i że narząd ten w znacznej mierze zastępuje niedomagające nerki.

Istnieje ścisła współzależność pomiędzy cholerezą a diurezą. Jedna z tych czynności może wzmagać się w zastępstwie drugiej.

Należy podkreślić, że w stanach bardzo ciężkiego zatrucia mocznicowego stwierdzono brak odpowiedniego zwiększania się

ilościowego wydzielania substancji azotowych z żółcią, co nasuwa przypuszczenie niedomogi wątroby. Badania wykazują, że dopiero przy poziomie mocznika we krwi, przekraczającym 0,1%, powstaje stan zatrucia narządów, w danym wypadku wątroby.

Mocznik jest fizjologicznym składnikiem żółci i ilość jego wynosi 0,03%. Fizjologia porównawcza podkreśla, że w żółci niektórych ryb z grupy spodoustnych mocznik stanowi jeden z głównych jej składników, tak jak u zwierząt wyższych w moczu, ilość jego we krwi i w żółci wynosi 4%, w mięśniach 2%, ma on wielkie znaczenie dla osmoregulacji.

Słynny chemik i fizjolog H a m m a r s t e n podaje, że w żółci zmarłych na mocznicę stwierdzono znaczne powiększenie się zawartości mocznika.

Według B r u g s c h a i R o t t e r a, wątroba wydziela wprowadzone ciała purynowe z żółcią; autorzy określali je grawimetrycznie i kolorymetrycznie, mianowicie ilości ich wynoszą około 50 mg% w żółci wątrobowej, oraz 50 mg% w żółci pęcherzykowej.

B r u g s c h dowodzi, że żółć zawiera w przypadku niedomogi nerkowej znaczne ilości kwasu moczowego.

Niektórzy badacze zatruwali psy solami uranu i badali żółć na zawartość chlorków oraz substancji azotowych i doszli do wniosku, że wydzielanie mocznika i azotu resztkowego z żółcią bardzo szybko wzmaga się po zatruciu uranem względnie po odnośnym zabiegu chirurgicznym.

W ciągu pierwszych kilku dni po wywołaniu azocicy stężenie mocznika i azotu resztkowego jest w żółci 3—4 razy większe, niż we krwi, szybkość przyrostu tych ciał w żółci jest o wiele większa, niż we krwi.

Wydzielanie chloru z żółcią również ulega zmianom, ale niejednakowym pod wpływem cierpień lub braku nerek. W żółci ilość chlorków wynosi 0,65% (we krwi 0,58%).

Wydalanie odpadków azotowych z żółcią wskazuje na wybitny udział wątroby w usuwaniu ze krwi i tkanek ciał, nagromadzonych tam wskutek niewydolności względnie braku nerek.

Zastępcza czynność wątroby w tym kierunku wzmaga się dotąd, póki nie nastąpi uszkodzenie miąższu wątrobowego w następ-

stwie ciągłego potęgowania się azocicy. Wtórne osłabienie czynności wydzielniczej wątroby przyczynia się ze swej strony do dalszego jeszcze szybszego pogarszania się stanu mocznicowego.

Poza czynnością wydzielniczą, zastępcza czynność wątroby przejawia się na drodze hormonalnej, na tej drodze wątroba odtruwa ustrój.

Jeżeli zatruć psa solami uranu, powodując u niego zapalenie nerek, pies z nieuszkodzoną wątrobą żyje dłużej, z uszkodzoną ginie szybko.

Psy, którym założono prostą przetokę Ecka i karmiono mięsem, ulegają szybko zatruciu. Poza tym wątroba działa moczopędnie i w ten sposób odtruwa ustrój. Psy zatrute fosforem, a więc z ostrym żółtym zanikiem, wykazywały skąpomocz, a próba wodna zatrzymanie wody.

Badania własne, wykonane w I klinice U. W., wykazały moczopędne i chloropędne działanie wątroby po podaniu tego narządu w ilości 250 g dziennie w stanie surowym. Po usunięciu wątroby systemem Manna i Magatha, stwierdzono u psów bezmocz, a niektórzy klinicyści obserwowali w zaniku wątroby wyraźny skąpomocz.

Doświadczenie te, jak również dane kliniczne, świadczą o wątrobie, jako narządzie odtruwającym ustrój na drodze hormonalnej.

Jelito cienkie.

Cytronberg badał sok jelitowy psów, zatrutych solami uranu, którym założył przetokę jelitową. Okazało się, że właściwości soku jelitowego u tych psów uległy znacznej zmianie, mianowicie ciężar gatunkowy soku wyraźnie wzrastał z powodu nagromadzenia się mocznika i innych ciał azotowych. Stężenie chloru nieco się powiększało z 0,4% na 0,47%, zasób zasad spadał. Ilość mocznika wzrastała z 0,024% na 0,12% równolegle do poziomu surowicy krwi, ale poziom w soku jelitowym był zawsze mniejszy od poziomu krwi. Azot resztkowy z 0,02% wzrastał do 0,08% i 0,17%, ale poziom jego był zawsze niższy od poziomu krwi.

Jak widać z powyższego, wydzielanie jelita cienkiego gra pewną rolę w usuwaniu odpadków azotowych, nagromadzonych

we krwi i tkankach, ale ponieważ stężenie tych ciał jest mniejsze od surowicy, dowodzi to, że śluzówka jelita cienkiego nie działa czynnie w wydalaniu tych ciał, lecz wydalanie ich jest wynikiem dyfuzji, dzięki której ciała azotowe dializują poprzez śluzówkę jelita.

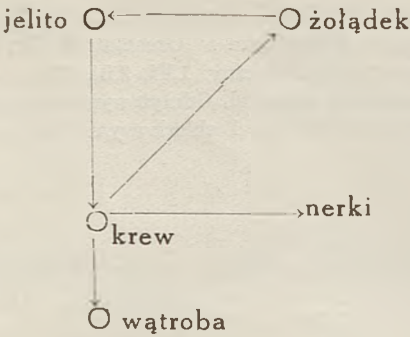
Kał.

W kale mocznik znajduje się w znikomej ilości, gdyż ulega on rozkładowi lub wessaniu w jelicie cienkim, również bez wielkiego znaczenia jest azot resztkowy w kale, gdyż pochodzi on ze soku jelitowego, złuszczonych nabłonków jelitowych, ciał wypocinowych, bakterii i niewessanych w jelicie azotowych substancji żółci.

Nie ulega wątpliwości, że znaczne ilości mocznika i innych odpadków azotowych, wydzielanych przez ślinianki, śluzówkę żołądka i wątrobę, ulegają z powrotem wessaniu w jelicie i nie zjawiają się w kale, jednakowoż w szeregu przypadków przewlekłych stanów chorobowych nerek znajdowano w kale pokaźne ilości mocznika.

Idąc kierunkiem myślowym teorii Cushnego, stwierdzić należy, że w sposobie wydalania odpadków przemiany materii istnieje analogia między układem moczowym i przewodem pokarmowym. Wydzielanie substancji w kłębkach Malpighiego, zwrotne wchłanianie w kanalikach krętych ma swój odpowiedni wyraz w wydzielaniu w górnym odcinku przewodu pokarmowego i wchłanianiu w jelicie cienkim. Odcinki przewodu pokarmowego, których zadaniem jest czynność wydzielnicza, bardziej intensywnie i czynnie pełnią funkcje zastępczą nerek od tych odcinków, które przeznaczone są do wchłaniania. Nic też dziwnego, że wyraźną różnicę stwierdza się między rolą żołądka, wątroby, a rolą gruczołów ślinowych i śluzówki jelita cienkiego w przypadkach azocicy; podczas gdy wydzielanie żołądka i wątroby gra w sprawie zastępczego wydalania substancji azotowych doniosłą czynną rolę, o tyle wydzielanie jelita cienkiego i gruczołów ślinowych sprowadza się wyłącznie do biernego przepuszczania nadmiaru tych ciał, nagromadzonych w sokach ustroju.

Schematycznie funkcja zastępcza poszczególnych odcinków przewodu pokarmowego przedstawia się w sposób następujący:



Ważnym i niezwykle ciekawym dowodem, stwierdzającym, iż przewód pokarmowy pomaga nerkom w wydalaniu substancji azotowych, stanowi fakt kliniczny, spostrzegany przez Lurie odnośnie wybitnie wzmożonego poziomu azotu resztkowego i mocznika we krwi u chorych z ostrą niedrożnością jelit przy zupełnie zdrowych nerkach. Fakt ten należy sobie tłumaczyć niemożnością wydalenia z kałem wydzielonych z żółcią odpadków azotowych.

Kończąc niniejszy referat, należy zaznaczyć, że czynność zastępcza przewodu pokarmowego w stanach azocicowych, aczkolwiek odgrywa znaczną rolę, jednak jest niezupełnie dostateczną. Niedostateczność polega na tym, że 1) wydzielane substancje azotowe przez dwunastnicę i wątrobę ulegają z powrotem częściowo wchłanianiu do krwi w jelicie cienkim; 2) przyczyna mocznicy tkwi nie tylko w niemożności usuwania odpadków azotowych przez nerki, lecz przede wszystkim w toksycznym rozpadzie pierwoszcza komórek.

Japoński uczony Mikawa spostrzegł, że przy autolizie tkanek *in vitro* sole uranowe wzmagają czynność zaczynów proteolitycznych, podczas, gdy działanie diastaz, katalaz i lipaz zostaje raczej przez nie zahamowane, sole uranowe powodują więc niepohamowany rozpad białka tkankowego: podobny obraz biochemiczny spotyka się także i w mocznicy klinicznej.

PIŚMIENNICTWO.

Lipschütz: Kl. Wochenschrift, 1926, 43. — Cytronberg: P. A. M. W. 2.II.1925, str. 67. — Jochweds: W. Cz. Lek. Nr. 1, str. 11, 1924. — Landsberg: Med. Dośw., z. 3 i 4, 1923. — Lenke: D. A. F. Kl. Woch. 1870, VII, str. I. —

Cytronberg: P. A. M. W. 2.I, I.VI.1928. — Tenże: P. A. M. W. 2.I, I.VI.1928. — Steinitz: Kl. Woch. 1928 r. — Fliderbaum i Grosblat: W. Cz. Lek. 1928. — Fliderbaum i Pianko: Kwartalnik Kliniczny. 1.VI, 2.III.1927 r. — Galewski: Bad. nad zaw. kw. moczowego w soku żoł. Odczyt wygłoszony w Tow. Lek. w r. 1931. — Tenże: O moczopędnym i chlorkowym działaniu wątroby. P. A. M. W. 1929 r.

Posiedzenia Pol. Tow. Gastrologicznego.

Posiedzenie naukowe

dnia 18.XI.1936 r.

Obecnych 56. Przewodniczył Wejnert.

1. Jan Zaorski demonstruje nowy gastroskop, podaje technikę wprowadzania oraz omawia szereg obrazów oglądanych przez siebie.

2. Z. Radliński przedstawia 2 przypadki nowotworowej niedrożności okrężnicy prawej, wyleczone przez operację doszczętną.

J. Czarkowski zgadza się ze zdaniem prof. Radlińskiego o konieczności zabiegu doszczętnego, podaje jednak nieco odmienne metody.

Goldstein jest zdania, że nawet w przypadkach niedrożności przy guzach lewej połowy okrężnicy należy już na pierwszym posiedzeniu usunąć względnie wyłożyć pętlę z guzem, a nie zadowalać się nałożeniem sztucznego odbytu powyżej zwężenia. Pozostawienie nowotworu w jamie brzusznej naraża chorego na rozsianie guza złośliwego, zanim dojdzie do dalszej operacji.

Odpowiadał prof. Radliński, wyjaśniając sposób zakładania zespolenia.

3. K. Dębicki demonstruje przypadek promienicy kątnicy.

W dyskusji J. Czarkowski zapytuje o ciepłotę i obraz krwi. Zdaniem Czarkowskiego, guz siedzi w powłokach, należy zrobić nacięcia w mięśniach, aby udostępnić działanie siarczanu miedzi.

Wertheim podaje w krótkości opis przypadku promienicy u człowieka młodego, u którego leczenie zachowawcze nie da-

ło wyniku dodatniego. Ponieważ w dalszym przebiegu wystąpiły gwałtowne bóle, W. dokonał zespolenia kątnicy z poprzecznicą w celu odbarczenia; zabieg ten sprowadził ulgę, niestety, krótkotrwałą. Wyniszczenie postępowało w dalszym siągu. Chorego stracono z oczu.

J. Zaorski wspomina o dziewczynce lat 14, która była skierowana do szpitala z rozpoznaniem nacieku okołowyrostkowego. Po dłuższym czasie dopiero rozpoznano tło nacieku, a mianowicie promienicę.

Opis tej chorej zostanie ogłoszony w najbliższym numerze „Pediatrii“ przez Dr. Kossakowską.

Prof. Radliński wyjaśnia, że punktem wyjścia powyższego cierpienia jest w danym przypadku jedna ze ścian kątnicy (promienica wewnątrzścienna); wtargnięcie infekcji od zewnątrz byłoby tu niemożliwe.

4. J. Kahan przedstawia przypadek zgorzeli kątnicy w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego.

P. Goldstein stwierdza, iż w przypadku powyższym widzimy szereg otworów nie tylko w kątnicy, lecz również w jelicie cienkim, wobec czego trudno jest tu mówić o zgorzeli kątnicy. Otwory te mogą być zależne od późniejszego ropienia i zakładania drenów lub tamponów. Postępowanie winno polegać na zespoleniu jelita krętego z poprzecznicą z cięcia pośrodkowego z zamknięciem całkowitym odcinka, zawierającego przetoki. Przy powtórnej operacji — usunięcie odcinka chorego jelita z przetokami.

W dyskusji zabierali głos jeszcze Saidman i Czarkowski.

W odpowiedzi J. Kahan stwierdza, że przetoka kałowa powstała 3-go dnia po operacji i niewątpliwie na zgorzelinowej kątnicy. Co do powstania przetok na pętlach jelit cienkich — nie może się wypowiedzieć, gdyż próba zamknięcia przetoki kałowej podjęta była na innej klinice.

5. M. Stefanowski przedstawia przypadek nowotworu zagięcia wątrobowego okrężnicy.

W dyskusji głos zabierali J. Czarkowski i J. Nusbaum.

Posiedzenie naukowe

dnia 20.I.1937 r.

Obecnych 48. Przewodniczy Wejnert.

1. W. Róbin i M. Fejgin demonstrują przypadek ostrego zaniku wątroby o niezwykłym przebiegu.

M. Płońskier przedstawia preparat sekcyjny i zastanawia się nad patogenezą.

W dyskusji, zdaniem J. Nusbauma, mieliśmy w przypadku powyższym do czynienia z toksycznym zapaleniem wątroby — niestety, nie można było wykonać prób czynnościowych podczas całego przebiegu choroby i ostatniego krytycznego dnia. Wynik tych badań mógłby nam dać odpowiedź na pytanie, czy od początku mieliśmy do czynienia z ostrym żółtym zanikiem wątroby, czy też ostry żółty zanik był następstwem zapalenia wątroby *(hepatitis acuta)*. dawniej określanego jako *icterus catharrhalis*.

2. P. Goldstein demonstruje przypadek przedziurawienia żołądka, przebiegającego z objawami typowego ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego (défense i ból w prawym dole biodrowym, Douglas bolesny po stronie prawej, T. 38,5).

W dyskusji M. Fejgin zapytuje, jak się zachowywało stłumienie wątroby, gdyż w tych przypadkach często jedynym objawem, który mógłby nas zorientować, stanowi zbiornik gazu w okolicy wątroby. Sam spostrzegał ostatnio przypadek znacznego przedziurawienia żołądka, rozpoznanego i potwierdzonego operacyjnie, jednakże stłumienie wątrobowe było zachowane, czego F. nie mógł sobie wytłumaczyć.

Fr. Niewiadomski tłumaczy zachowanie stłumienia wątroby tym, że przedziurawienie jest częściowo przykryte (Gedeckte Perforation). Więcej zbiera się płynu ropnego, niż gazu, i dlatego nie stwierdzamy zniesienia stłumienia. Podobne przypadki z brakiem typowych objawów dla przedziurawienia żołądka widział N. kilkakrotnie i operował podobnie dwoma cięciami lub przedłużał cięcie przyprostne. Brak objawów typowych N. obserwował przeważnie w przypadkach zapóźnionych.

Według L. Justmana — stłumienie wątrobowe w przedziurawieniach żołądka nie jest wynikiem ulatniania się powietrza z żołądka, gdyż w normalnych warunkach powietrza tego jest tam

zbyt mało. Nagromadzenie się powietrza w jamie brzusznej w przedziurawieniu jest objawem zapalenia otrzewny i wynikającej stąd bębnicy, względnie ostrego porażenia żołądka, przy którym gaz ulatnia się przez otwór przedziurawienia do jamy brzusznej. A więc brak stłumienia wątrobowego nie może być uważany za objaw niezbędny we wczesnych okresach przedziurawienia.

W dyskusji zabierali jeszcze głos J. Czarkowski, M. Saidman, W. Róbin i J. Nusbaum.

J. Nusbaum stwierdza, iż demonstrowany przypadek stanowi pendant do wygłoszonego przez niego odczytu na temat bólów napadowych brzucha; przedstawił on wówczas szereg przypadków, których przebieg usprawiedliwiał do pewnego stopnia nasze błędy.

3. L. Płockier demonstruje przypadek zakażenia dróg żółciowych pasożytem *„opistorchis fellineus“*.

W II części posiedzenia odbyło się Walne Zebranie Doroczne. Obecnych 20 osób.

Na przewodniczącego zaproszono D-ra Fejgina, sekretarzuje Dr. Rejchert. Assesorzy D-rzy Justman i Reznikow.

1. Sekretarz Dr. Nusbaum Józef składa sprawozdanie za okres ubiegły.

Sprawozdanie doroczne sekretarza
za okres od 24.X.1935 r. do 20.I.1937 r.

W roku sprawozdawczym odbyło się wraz z dzisiejszym Walnym Zebraniem — 10 posiedzeń naukowych, na których wygłoszono następujące referaty:

Prof. I. Boas — Leczenie dietą, jako nauka.

J. Eisenfarb — Przyczynek do powstawania niedokrwistości i zaburzeń w gospodarce wodnej w schorzeniach miąższowych wątroby.

L. Justman — Leczenie zachowawcze schorzeń zapalnych dróg żółciowych.

Prof. Z. Radliński — Wskazania do leczenia chirurgicznego schorzeń zapalnych dróg żółciowych.

M. Nunberg — Badania nad ruchomością własną wyrostka robaczkowego. Stare i nowe poglądy na patogenezę jego schorzeń.

I. Grundzach — O pewnych błędach rozpoznawczych i leczniczych w schorzeniach narządów klatki piersiowej i jamy brzusznej.

Doc. J. Zaorski — Gastroskopia. Jej możliwości i instrumentarium.

R. Ejzenberg — Doniesienie o wynikach stosowania głębokich płukań jelitowych.

J. Nusbaum — Przyczynek do leczenia owrzodzeń żołądkowo-dwunastniczych roztworami pepsyny.

Poza tym porządek posiedzeń wypełniło 29 pokazów, które dotyczyły następujących schorzeń:

1) Przypadek t. zw. eventracji (B. Kryński).

2) Przypadek przepukliny przeponowej prawostronnej (N. Mesz).

3. Przypadek żołądka kaskadowego rzekomego (St. Dobryszycki i Wizner).

4) Guz żołądka u 18-letniego chłopca (N. Mesz i M. Nunberg).

5) Przypadek przedziurawienia wrzodu żołądka w niezwykłych warunkach (Br. Weinert i Fr. Niewiadomski).

6) Przypadek krwotoku żołądkowego o ciekawym przebiegu (J. Nusbaum).

7) Przypadek ciąży pozamacicznej symulujący chorobę przew. pokarm. (Br. Weinert i R. Wasilewski).

8) Film *resectio ventriculi modo Rydygier* (J. Zaorski).

9) *Insufficientia cardiae et hiatus oesophagei* (J. Glass i J. Kryński).

10) Przypadek przemijającej zastoiny żołądkowej (L. Justman i L. Sellig).

11) *Hernia hiatus oesophagei* (J. Brand i Z. Grynberg).

12) Rentgenogramy przetoki przełykowo-oskrzelowej na tle uchyłka przełyku (B. Joz).

13) 2 przypadki zwężenia odźwiernika po oparzeniu kwasem solnym (J. Rutkowski).

14) *Ileus* na tle nowotworu (J. Raczyński).

15) Przypadek współistnienia kamieni w kilku narządach (Br. Weinert i M. Zaleski).

16) Przypadek zwężenia jelita cienkiego (M. Zaleski).

17) Przypadek ostrego wypadnięcia odbytnicy i esicy (P. Goldstein).

18) Przetoka dwunastniczo-pęcherzykowa (N. Mesz).

19) 2 przypadki nawrotu dolegliwości po zabiegu na drogach żółciowych (M. Fejgin).

20) Przypadek rzadkiego schorzenia wątroby (M. Fejgin i M. Płońskier).

21) Przyczynek do rozpoznań owrzodzeń żołądka i XII-cy (Br. Weinert i B. Kryński).

22) 2 przypadki nowotworowej niedrożności okrężnicy prawej, wyleczone operacyjnie (Prof. Z. Radliński).

23) Przypadek promienicy kątnicy (K. Dębicki).

24) Zgorzel kątnicy w przebiegu zapal. wyr. robaczk. (J. Kahan).

25) Nowotwór zagięcia wątrobowego okrężnicy (M. Stefanowski).

26) Przyczynek do trudności rozpoznawczych w ostrym napadzie bólowym brzucha (P. Goldstein).

27) Przypadek zakażenia dróg żółciowych pasożytem *opistorchis fellineus* (L. Płockier).

28) Rzadki obraz pęch. żółc. (J. Kryński).

29) Przypadek ostrego zaniku wątroby o niezwykłym przebiegu (Róbin, Fejgin i Płońskier).

Podczas okresu sprawozdawczego Zarząd odbył 5 posiedzeń bądź to w składzie pełnym, bądź w składzie Prezydium, celem załatwienia spraw bieżących oraz ułożenia programu posiedzeń.

Na I posiedz. Zarząd ukonstytuował się jak następuje:

Prezes — Br. Wejnert.

Vice — Prof. Z Radliński i Róbin.

Sekretarz — Józef Nusbaum.

Skarbnik — B. Kryński.

Członkowie Zarządu: Niewiadomski, Frank. Dolkart i J. Czarkowski.

Na zewnątrz P. Tow. Gastrol. przyjęło udział w I Międzynar. Zjeździe Gastrologii w Brukseli przez swoich delegatów: Br. Wejnerta, Fr. Niewiadomskiego i J. Glassa. Na Zjeździe tym Polskie Tow. Gastrol. stało się jednym z założycieli Międzynarodowego Tow. Gastrologicznego.

Ponadto w okresie sprawozdawczym delegat Polskiego Tow. Gastrolog. uczestniczył oficjalnie w Zjeździe Lekarzy w Sofii i w Zjeździe Przeciwrakowym w Wilnie.

Sekretarz: (—) J. Nusbaum.

Skarbnik Dr. B. Kryński składa następujące sprawozdanie kasowe:

Sprawozdanie Kasowe za rok 1935/1936.

Otrzymano składek członkowskich	Zł.	303,00
Otrzymano za abonament Gastrol. Polsk. . . .	Zł.	202,00
Razem . .	Zł.	505,00
Przekazano do Admin. Gastrol. Polsk.	Zł.	246,93
Wypłacono za posiedzenia	Zł.	204,00
Stan kasy na 20.I.37	Zł.	54,07
Razem . .	Zł.	505,00

Dr. Goldstein składa sprawozdanie Komisji Rewizyjnej i wnosi o udzielenie absolutorium Zarządowi.

Po dyskusji, w której udział wzięli: Wejnert, Reznikow, Goldstein, Róbin, Niewiadomski, Nusbaum i Justman, sprawozdanie przyjęto i absolutorium uchwalono.

Ustępujący członkowie Zarządu: Radliński, Frank, Niewiadomski i Kryński B. przez aklamację zostali wybrani ponownie.

W wolnych wnioskach Ogólne Zebranie przyjęło jako dezyderat, aby II viceprezesem co rocznie był przedstawiciel innej specjalności.

O godz. 10.55 posiedzenie zamknięto.

Posiedzenie naukowe
dnia 24.II.1937 r.

Obecnych 42. Przewodniczy Wejnert.

1. J. Kryński demonstruje rentgenogramy z rzadkim obrazem pęch. żółciowego.

M. Saidman uzupełnia demonstrację powyższą obrazem klinicznym.

W dyskusji M. Orzech stwierdza, że w pewnej ilości przypadków zwykłe zdjęcie rentgenowskie wykrywa obecność kamieni. Z tego względu należałoby przed cholecystografią wykonać zdjęcie zwykłe, co mogłoby niekiedy zaoszczędzić choremu bądź co bądź przykrego przygotowania do cholecystografii.

Nawiązując do pokazu Kryńskiego, pokazuje Reznikow rentgenogram woreczka żółciowego o bardzo dużych rozmiarach, wielkości ogórka. Woreczek wypełniony jest ogromną ilością kamieni żółciowych. Przypadek zasługuje na uwagę i z tego względu, iż chora miała już poprzednio dwukrotnie wykonaną cholecystografię i żadnych wyników nie otrzymano. W tym zaś przypadku woreczek zarysował się po 22 godzinach. Wskazuje to, że zdjęcia należy zawsze wykonywać nie tylko po 14—16 godzinach, lecz również i w okresach późniejszych.

W. Róbin komunikuje, że bywają przypadki poprzecznie leżącego pęcherzyka żółc., obrzmiałego w tak znacznym stopniu, że przypomina on kształtem grubą kiełbasę. Tego rodzaju pęcherzyk obserwował niedawno z kol. P. Goldsteinem.

Kol. Złotkin zwraca uwagę, iż przypadek demonstrowany zasługuje na wyróżnienie nie ze względu na wielkość pęch. żółc., lecz ze względu na zwapnienie ściany jego, co jest zjawiskiem b. rzadkim. Proces zwapnienia w obrębie ścian pęch. żółciowego należy przypisać właściwościom ogólno-ustrojowym (analogiczne zjawisko obserwujemy w przebiegu spraw zapalnych przewlekłych w obrębie innych narządów, np. gruczołów chłonnych) oraz warunkom miejscowym, a mianowicie zanikowi całkowitemu śluzówki woreczka żółc.; zanik ten mógł sprzyjać odkładaniu soli wapniowych w pozostałych warstwach pęcherzyka żółciowego.

2. Kol. J. Nusbaum wygłosił odczyt pod tytułem „Przyczynek do leczenia owrzodzeń żołądkowo-dwunastniczych

roztworami pepsyny". Omówiwszy na wstępie badania doświadczalne i wyniki lecznicze, jakie otrzymywali Glaesner, Loeper i inni, prelegent przedstawił kilka przypadków z bardzo dobrym wynikiem leczenia. Nie we wszystkich jednak otrzymywał tak dobre rezultaty. Niektóre jednak z badań rentgenowskich potwierdziły istotnie pomyślny wpływ pepsyny na leczenie owrzodzeń żołądka i dwunastnicy. To też tę metodę leczenia uważa prelegent za godną dalszego próbowania.

W dyskusji kol. Złotkin stwierdza, że na przebieg choroby wrzodowej żołądka oraz wynik leczniczy wpływa tyle czynników, iż trudno orzec, jaką wartość leczniczą posiadają wstrzykiwania pepsyny. Dobry wynik, uzyskany przez kol. Prelegenta w wielu przypadkach, można byłoby między in. wytłumaczyć tym, iż ta kuracja przypadać mogła na fazę końcową okresu chorobowego, kiedy dolegliwości zapewne ustąpiłyby bez tych wstrzykiwań. Prelegent nie uwzględnił dokładnie w swym referacie diety: wiadomo, iż potrawy ułożone i podawane choremu w innej kolejności i odstępach czasu mogą wywołać różny wynik leczniczy. W przypadkach niepowikłanych kol. Złotkin otrzymywał dobre wyniki dietą Sippy'ego lub Jarockiego.

W. Róbin sądzi, że ciągłe pojawianie się nowych leków dowodzi, iż nie posiadamy jeszcze właściwego i skutecznego leku na wszystkie rodzaje owrzodzeń żołądka czy dwunastnicy. Bo też nie może być ina[illegible]ej. Wiemy, że przypadki owrzodzeń są niejednakowe, jedne w okresie ostrym, inne w przewlekłym, ze zrostami i t. d. W każdym takim przypadku postępowanie musi być inne. Trudno zatem wyciągać czysto naukowe wnioski za lub przeciw skuteczności danego leku. Np. modna obecnie larostidina ma gorących zwolenników, lecz również i sceptyków, tłumaczących jej działanie sugestią. R. stosował novotropinę, caseinę i angioxyl ze zmiennymi wynikami.

Kol. Schlager na podstawie własnych doświadczeń doszedł do wniosku, że stosowanie larostidiny nie daje pewnych wyników leczniczych. Dopiero wówczas moglibyśmy wyciągnąć jakieś wnioski z leczenia ulceriną względnie larostidiną, gdybyśmy tylko dany preparat stosowali w leczeniu choroby wrzodowej. Na ogół tak się nie dzieje. Chorych zazwyczaj kładziemy do łóżka, stosujemy odpowiednią dietę, alkalia, bizmut i do tego larostidinę.

Jeżeli otrzymujemy wyniki dobre, to nie wiemy, co korzystnie podziałało; S. sądzi, że te same wyniki mamy bez larostidiny i ulceriny.

Kol. Gleichgewicht przypomina, iż liczne są teorie powstawania choroby wrzodowej żołądka; liczne też są sposoby leczenia. Każda z tych teorii ma swoja rację w założeniu; każde leczenie tej choroby ma też swoją rację naukowo uzasadnioną. Z tego też powodu należy próbować po kolei różnych sposobów leczenia. Jeżeli przyjąć nadkwaśność, jako przyczynę powstawania wrzodu — należy próbować alkalia względnie dietę Sippy'ego. Jeżeli przyczyną owrzodzeń ma być brak antipepsyny, należy podawać pepsynę, jeżeli zaś przyczyną mają być zaburzenia w układzie naczyniowym (kurcze naczyniowe) — należy próbować angioxyl, histidynę, trypsynę i t. p. Prelegent wykazał nam działanie pepsyny i nie należy tego działania negować, gdyż potwierdza to jedną z przyjętych teorii powstawania owrzodzeń, mianowicie antipepsynową.

Kol. Wejnert jest zdania, iż między wspomnianymi powyżej środkami na jedno z pierwszych miejsc wysuwa się larostidina choć i jej działanie jak dotąd nie jest zupełnie dostatecznie zbadane.

Kol. J. Nusbaum w odpowiedzi zgadza się z uwagami kol. Gleichgewichta. W przypadkach, które przedstawił, stwierdził pomyślny wpływ leczenia ulceriną, co potwierdziły niektóre zdjęcia rentgenowskie. Trudno, jak to przypuszcza kol. Złotkin, przyjąć, iż we wszystkich przypadkach mieliśmy do czynienia z okresem końcowym choroby; zresztą w jednym z przypadków pacjent miał bóle bez przerwy w ciągu 5-ciu lat, a dopiero po tych injekcjach wszelkie dolegliwości ustąpiły na przeciąg 8-miu miesięcy.

3. Kol. A. Galewski wygłosił odczyt pod tytułem: „Przewód pokarmowy jako układ narządów zastępujący funkcje nerek".

Wiadomości różne.

Zarząd Polskiego Tow. Gastrologicznego ukonstytuował się następująco: Wejnert — prezes, Róbin i Radliński — v-prezesi, Kryński — skarbnik, Nusbaum — sekretarz, Czarkowski, Frank, Niewiadomski i Dolkart — członkowie Zarządu.

W dn. 6—8 grudnia r. z. odbył się w Wilnie IV Ogólnopolski Zjazd do walki z nowotworami; Zjazd ten zadokumentował rozwój polskiej myśli badawczej w dziedzinie onkologii i dowiódł, iż zbliżenie do poziomu nauki światowej w tej dziedzinie postępuje w dość szybkim tempie. Zgłoszono 63 referaty, wśród nich kilka przez członków Pol. Tow. Gastr. Referat inauguracyjny o rozwoju idei walki z rakiem w Polsce wygłosił redaktor naszego pisma Dr. Wejnert.

W dniach 13, 14 i 15 września r. b. odbędzie się w Paryżu Drugi Międzynarodowy Zjazd Gastro-Enterologów. Porządek dzienny wypełnią dwa tematy: wczesne rozpoznawanie raka żołądka i ostra oraz przewlekła niedrożność jelita cienkiego. Opracowanie pierwszego tematu powierzono referentom francuskim i niemieckim. Drugi temat będzie opracowany przez następujących referentów: Mogena (Hiszpania), Bottin (Belgia), Kryński (Polska), Wilke (Anglia), Binde da Vecchie (Italia). W sprawach związanych z tym Zjazdem zwracać się należy do Przewodniczącego Komitetu Narodowego na Polskę D-ra Wejnerta — Warszawa, Marszałkowska 73, tel. 8-15-12.

W dn. 16, 17, 18 września r. b. odbędzie się w Vichy Międzynarodowy Zjazd w sprawie niedomogi wątrobianej.

Sekcja Medycyny Wewnętrznej XV Zjazdu Przyrodników i Lekarzy Polskich i XII Zjazd Towarzystwa Internistów Polskich.
(Lwów, 4—7 lipca 1937).

Komunikat Nr. 11.

Komitet Miejscowy donosi, że z ramienia Zarządu Polskiego Towarzystwa Radiologicznego zgłosili referaty dyskusyjne do tematu głównego I-go:

Doc. Dr. A. Elektorowicz: Radioterapia układu współczulnego;

a do II-go tematu:

Dr. Kochanowski: Radiodiagnostyka trzustki.

W myśl porozumienia z sekcją chirugiczną w obu programowych posiedzeniach Zjazdu Internistów weźmie w całości udział sekcja chirurgiczna, przy czym, poza już poprzednio zgłoszonym udziałem Prof. Jurasza w II temacie, ze strony chirurgów objęli współpracę w I temacie Dr. Bross i Dr. Michałowski (Lwów).

Jedno z popołudniowych posiedzeń Sekcji Medycyny Wewnętrznej będzie przeznaczone na wspólne obrady z sekcją okulistyczną, neurologiczną i dermatologiczną, na temat:

Znaczenie hipotonii w zaniku nerwu wzrokowego i siatkówki.

Na życzenie Polskiego Towarzystwa Walki z Gośćcem, w ramach Sekcji Medycyny Wewnętrznej, będzie zorganizowana osobna podsekcja reumatyczna, w której wezmą udział oficjalni prelegenci, zgłoszeni przez Towarzystwo Walki z Gośćcem.

Komitet przypomina, że zgłoszenie tytułów wykładów winno nastąpić do 1 kwietnia 1937 pod adresem: Dr. St. Hornung, Lwów, ul. Pijarów 6. Krótkie streszczenia (20—30 wierszy maszynopisu) należy przesłać pod powyższym adresem najpóźniej do 1 maja 1937. Wykłady niezgłoszone w ten sposób nie będą mogły być umieszczone na porządku dziennym.

Za Komitet Miejscowy:

Sekretarz: (—) St. Hornung.

Przewodniczący: M. Franke.

Komitet Organizacyjny Lekarskich Kursów Wakacyjnych w Ciechocinku-Cieplicy zawiadamia, że X Lekarski Kurs Wakacyjny wraz ze Zjazdem Polskiego Towarzystwa Zwalczania Gośćca odbędzie się w d. 3, 4, 5.IX.1937 r. w Ciechocinku-Cieplicy.

Szczegółowy program X Kursu wraz ze Zjazdem będzie rozesłany w swoim czasie wszystkim Szanownym Koleżankom i Kolegom.

Komunikat.

Nowość w dziedzinie wytwórczości produktów zdrojowych.

Państwowy Zakład Zdrojowy w Krynicy uruchomił wytwórnię soli z wody słynnego zdroju „ZUBERA". Sole z wody Zubera są otrzymywane w aparatach próżniowych, specjalnie dla tego celu zmontowanych. Sole te następnie przetwarzane są w tabletki gramowe i półgramowe, oraz pastylki do ssania, które w bardzo ładnych i estetycznych opakowaniach znalazły się już w obrocie i nabyć je można dziś w każdej aptece, lub biurze sprzedaży produktów Państwowych Zakładów Zdrojowych w Warszawie, oraz na miejscu w Krynicy.

Tabletki z wody Zubera t. zw. Polskie Vichy, rozpuszczone w ciepłej wodzie dają musujący rozczyn, analogiczny do wody Zubera. Tabletki te używa się 2—3 razy dziennie po 1—2 tabl. gramowe, lub 2—4 tabl. półgramowe — stosownie do wskazań lekarza. Pastylki do ssania natomiast stosuje się do 10 dziennie rozpuszczając je w ustach, tak jak cukierki, szczególnie spożywane wówczas, gdy dla chorego nie jest wskazane picie większej ilości płynów a więc m. in. wód.

Wspomnieć trzeba, że woda ze słynnego zdroju Zubera w Krynicy jest najsilniejszą szczawą alkaliczną w Europie, zawierającą 24, 36 gramów dwuwęglanów sodu, potasu, magnezu w 1 litrze wody, a jednocześnie chlorek sodowy, lit, jod i brom. Wodę Zubera stosuje się w nieżytach żołądka i jelit, nadkwaśności i wrzodach żołądka i dwunastnicy, nieżytach dróg żółciowych i moczowych i wielu inn. chorobach, wynikających ze złej przemiany materii.

W ogólnym rozwoju zdrojownictwa w Polsce przybywa tym razem w Krynicy nowa inwestycja, która dać powinna znaczny rezultat w zwiększeniu eksploatacji nieprzebranych bogactw mineralnych naszych wód. Uruchomienie wytwórni soli z wody Zubera i tabletek z tej soli ma także duże znaczenie ogólne gospodarcze.